

Si è bambini prima di essere adolescenti

Franco Mazzini*, Debora Senni**

*Pediatra di famiglia, ACP Emilia-Romagna; **Psicologa, Consultorio Giovani AUSL Cesena

Abstract

From childhood to adolescence

Mental health is a dynamic, precious and feeble value, to be cared for throughout the whole life. It's a community's property that supports relationships based on mutual well-being. The changes in personal situation – such as the transition from childhood to adolescence and from adolescence to adult life – require specific individual skills and need both support and help of health professionals and specific health services.

Quaderni acp 2013; 20(1): 16-20

Key words Adolescence. Self-imaging. Wellbeing. Parenting. Risk and protective factors

La salute mentale è un bene dinamico, prezioso e fragile, che va curato e coltivato per restare integro e vitale lungo l'intero arco della vita. È un patrimonio della comunità che favorisce relazioni improntate al reciproco star bene. I cambiamenti di ruolo o di condizione personale – come per esempio il passaggio da bambino ad adolescente e quello da adolescente ad adulto – richiedono specifiche competenze individuali e necessitano dell'ascolto, del sostegno e della vicinanza alle famiglie da parte dei professionisti della salute e dei servizi dedicati.

Parole chiave Adolescenza. Rispecchiamento. Benessere. Genitorialità. Fattori di rischio e di protezione

“Io non ho avuto un’infanzia infelice, tutt’altro! Sono cresciuto come un leone nella savana: io ero il re. Ero il più forte, il più intelligente, il più affascinante. Da bambino non venivo rimproverato per la mia violenza più spesso di quanto non si rimproveri a un leoncino il suo istinto di caccia. E questa sarebbe un’infanzia difficile e infelice?”

Era soltanto un’infanzia che non preparava all’età adulta. Io non mi rendevo conto, e i miei genitori nemmeno. Non è colpa di nessuno”.

(Abdel Sellou, da *Mi hai salvato la vita*)

Introduzione

Negli ultimi anni le riviste pediatriche si sono dedicate, come mai in precedenza, alle problematiche dell’età adolescenziale. È una fase della vita che in un recente congresso nazionale ACP abbiamo definito “età invisibile”, apparentemente in contrasto con la tipica rumorosità ed esuberanza di questo periodo, determinata dai profondi mutamenti che in essa si verificano; invisibilità espressa dalla difficoltà ad accedere ai servizi sanitari dedicati e rappresentata dai genitori e dagli adulti che spesso non riescono a raggiungere gli stati emotivi di questi

ragazzi [1]. In questo periodo le strutture neuronali della corteccia cerebrale subiscono un rimodellamento che comporta nuovi scenari comportamentali, emotivi e di apprendimento.

Tuttavia permane forte l’imprinting delle prime epoche di vita e dei contenuti relazionali stabiliti con le figure adulte di riferimento. Esperienze difficili (caregiving negativo, svantaggio socio-culturale ed economico...) o favorevoli e costruttive (sviluppo di un’adeguata literacy, stimolazioni affettive, contesto relazionale ricco e coerente...) possono influenzare la traiettoria di sviluppo psicoaffettivo delle fasi successive. Nell’adolescenza l’attenzione, fortissima, è rivolta alle modificazioni somatiche, fisiologiche e sessuali, così come a quelle psicoattitudinali, o alle facoltà prestazionali; comunque, a tutte quelle repentine e improvvisate modificazioni fisiche, biochimiche e mentali che si riflettono su ciò che siamo e su ciò che percepiamo. L’adolescente si sente spesso buffo e goffo e valuta le caratteristiche visibili del proprio corpo con occhio critico, fino a provare sentimenti di inadeguatezza o vergogna. I cambiamenti del corpo hanno una risonanza diretta sulla valutazione dell’auto-

stima e delle proprie capacità e potenzialità. Per il carattere di imprevedibilità che le contraddistingue, queste trasformazioni possono produrre ansia, instabilità emotiva, insicurezza, e rendono fluttuante quel processo ambivalente di affermazione di sé e della propria neoidentità nel mondo che servirà a ottenere risultati soddisfacenti per il proprio adattamento, nelle relazioni, negli investimenti affettivi, nel successo personale e nell’accettazione di sé da parte degli altri. Quest’ansia, per quanto dolorosa e destabilizzante, ha una funzione attivante e serve a mobilitare energie psichiche utili al proprio adattamento: è come se assistessimo all’allestimento di un cantiere dove si sta progettando un prototipo in fase di sperimentazione, soggetto a modifiche, variazioni e aggiustamenti. Lo scopo è quello di costruire una macchina funzionante, in grado di rispondere a tutte le esigenze dell’ambiente in cui dovrà operare [2].

Risultati della consultazione bibliografica

Una recente rassegna di articoli pubblicati su *The Lancet* analizza la salute degli adolescenti, valutando le possibili interazioni e implicazioni a distanza sulla salute dell’età adulta e definendo i fattori di rischio e protettivi per lo sviluppo di disagio psicosociale e di patologia neuropsichiatrica [3-9]. Questi lavori esprimono alcune conclusioni da rimarcare:

- stando ai tassi di mortalità, negli ultimi cinquant’anni la salute degli adolescenti è migliorata molto meno rispetto a quella dei bambini sotto i 5 anni di vita;
- esistono fattori di rischio peculiari del periodo adolescenziale rappresentati dall’uso di sostanze, dalla violenza, dall’assenza di un ruolo di supporto sociale (scuola, famiglia, gruppo di pari), dai problemi d’identità;
- gli interventi efficaci in termini di prevenzione devono essere precoci, nei

Per corrispondenza:

Franco Mazzini

e-mail: franco.mazzini@libero.it

salute pubblica

primi anni di vita, o nel periodo adolescenziale, coinvolgendo e valorizzando il ruolo di scuola e famiglia;

- la salute dell'adolescente risente fortemente dell'interazione tra lo sviluppo prenatale e della prima infanzia;
- lo stato di salute nel periodo adolescenziale incide in modo determinante su quello dell'età adulta, con la conseguente necessità di investire maggiormente in questo periodo della vita di ogni persona [10].

In tema di prevenzione primaria in età evolutiva la letteratura è concorde nell'affermare che le persone che dovrebbero essere coinvolte direttamente nei programmi preventivi sono i bambini, le diadi madre-bambino, le coppie genitoriali, gli adolescenti. Ulteriori interventi preventivi di tipo indiretto possono essere rivolti ai gruppi di pari (per esempio i gruppi-classe nella scuola), agli insegnanti e ad altri adulti significativi che il bambino o l'adolescente incontrano nel loro percorso di crescita (es. pediatra di famiglia, medico di medicina generale, educatori). Possono essere attivati con successo programmi su popolazioni selezionate (es. figli di madri con depressione *post partum* o con disturbi psichici, preadolescenti a rischio psicosociale ecc.). I progetti di prevenzione primaria che hanno riportato risultati più significativi hanno privilegiato le seguenti modalità: programmi diretti a popolazioni selezionate; uso di metodologia interattiva; programmi organizzati con multisessioni; programmi che includono tecniche atte a migliorare l'autostima, l'immagine corporea e le strategie di coping. Un'interessante ricerca epidemiologica multicentrica effettuata in Italia nel 2006 – Progetto PrISMA (Progetto Italiano Salute Mentale Adolescenti) – ha analizzato la prevalenza di disturbi psichici tra i preadolescenti di età compresa tra i 10 e i 14 anni, valutando l'effetto delle variabili socio-demografiche sulla manifestazione dei quadri psicopatologici. Lo studio ha previsto due momenti consequenziali: una prima fase di screening ottenuta attraverso la somministrazione di una apposita checklist ai genitori dei soggetti selezionati, e una successiva caratterizzata da una valutazione clinica svolta su un sottogruppo del campione scelto in base ai risultati ottenuti nella

prima fase di screening. Il campione era costituito da 40 scuole per un totale di 5627 studenti, con un'adesione di 3427 pari al 61% del totale. Lo screening individuava disagi di natura psicologica e quindi condizioni di rischio potenziale, mentre lo studio clinico ha indicato la presenza di patologia psichica secondo la classificazione del DMS IV [11].

Dallo studio clinico è emerso che il 9,1% del campione, pari a 311 soggetti, ha soddisfatto i criteri diagnostici per un disturbo psichico: un dato migliore rispetto ad altre nazioni, ma che rappresenta comunque un problema sociale rilevante. L'analisi dettagliata ha confermato che più del 7% di preadolescenti soffre di disturbi di ansia (di cui il 5% è costituito da disturbi ossessivo-compulsivi, il 12% da disturbo post-traumatico da stress, il 9,5% da fobie sociali) e meno dell'1%, invece, risente di disturbi depressivi.

Emerge che i ragazzi che appartengono a un livello socio-economico basso o medio-basso e con un basso tasso di scolarità dei genitori presentano un significativo aumento di problemi di tipo psicologico, mentre non c'è alcuna differenza in relazione ai luoghi in cui si vive: vivere in provincia, attualmente, non è più un fattore di protezione per gli adolescenti. Inoltre la famiglia rappresenta un importante fattore di protezione verso il disagio psicologico ma non nei confronti dei disturbi psichici, a conferma di una eziologia più complessa e con forte impronta genetica. Statisticamente i ragazzi di genitori separati o divorziati presentano più frequentemente problemi psicologici e la coabitazione con un solo genitore può determinare uno sviluppo di disturbi "internalizzati" (ansia, depressione, ritiro sociale).

Un'altra importante ricerca svolta annualmente dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa è denominata ESPAD-Italia (European Population Survey on Alcohol and other Drugs): si tratta di un'analisi sull'uso di alcol, tabacco e sostanze illegali e sui comportamenti connotati da addiction da parte degli studenti tra i 15 e i 19 anni. Tale studio è stato realizzato per la prima volta nel 1995 e dal 1999 viene ripetuto con cadenza annuale su un campione rappresentativo delle scuole superiori presenti sul territorio nazionale. L'inda-

gine (eseguita anche in altri 39 Paesi europei) viene condotta tra gli studenti con il metodo classico di somministrare i questionari contemporaneamente a tutta la classe in forma anonima. Nello specifico vengono studiate le esperienze di uso delle sostanze nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni [12].

I dati estrapolati dal Rapporto 2011 evidenziano che:

- in generale nella popolazione studentesca il consumo di sostanze psicotrope illegali è in diminuzione, mentre l'uso di stimolanti registra un lieve aumento;
- circa il 6% del campione studiato ha dichiarato di avere fatto uso di psicofarmaci, senza prescrizione medica e al di fuori del controllo di uno specialista, una o più volte al mese; i farmaci più diffusi sono quelli per dormire o rilassarsi;
- l'abitudine al fumo è in calo tra gli studenti e le studentesse;
- tra le sostanze psicotrope legali l'alcol è la più diffusa nel nostro Paese: il 63% di adolescenti ha consumato bevande alcoliche almeno una volta nell'ultimo mese, contro la media europea del 57%;
- il gioco d'azzardo è un fenomeno sempre più diffuso tra gli studenti: nell'ultimo anno, il 47% degli studenti tra i 15 e i 19 anni ha giocato somme di denaro, e il 10,5% presenta un rischio moderato o grave di compulsività.

Discussione

Pur nella consapevolezza che gli adolescenti sono persone sane e alla ricerca di una positiva dimensione del proprio star bene, appare evidente che in questa fascia di età spesso si slatentizzano o aggravano situazioni di malessere e disagio psichico che sono maturate già nel periodo infantile. Inoltre in adolescenza possono emergere anche condizioni di malessere o contenuti psicopatologici non direttamente correlati a esperienze precoci. Il lavoro di sostegno alla genitorialità dovrebbe iniziare nel periodo della prima infanzia, in considerazione delle importanti implicanze sulle fasi di crescita successive. L'attività clinica di pediatri, psicologi e neuropsichiatri infantili dimostra quanto sia difficile

comprendere lo stato di salute psichica di un adolescente senza correlarlo allo sviluppo emotivo e relazionale dei primi anni di vita. Sulla base di come abbiamo interpretato le prime esperienze con i genitori o con le persone che ci hanno cresciuto, siamo indotti a pensare che il mondo ci accetta o ci rifiuta. Questo atteggiamento viene generalizzato traducendosi poi nella sensazione di essere buoni o cattivi, degni o indegni di amore e persino soddisfatti o delusi di quello che abbiamo.

Il rispecchiamento materno

Winnicott ci ha insegnato quanto sia cruciale in questo processo la funzione di rispecchiamento materno: *“Quando guardo, sono visto, dunque esisto”*. Negli occhi della madre, precursori dello specchio, il lattante costruisce i primi abbozzi del suo senso di sé: attraverso l'esperienza ripetuta di sentirsi mentalmente tenuto, compreso e condiviso, l'infante comincia a strutturare uno spazio interno in cui contenere sensazioni, tensioni, emozioni, che troveranno poi – attraverso le parole rispecchianti di coloro che se ne prendono cura – una via per essere espresse e comunicate. Chi non è stato capito e pensato, potrà incontrare difficoltà a trovare pensieri e parole per pensare a se stesso, capirsi e parlare di sé, a se stesso e agli altri. Se il rispecchiamento materno (o con il caregiver) ha funzionato in modo sufficientemente buono, si sono poste le basi per lo sviluppo di un sentimento di autenticità e pienezza, su cui gli adolescenti potranno edificare l'autostima e la fiducia in se stessi. Questo è il narcisismo sano, il “bagaglio narcisistico” con cui il bambino approderà all'adolescenza e all'età adulta.

Viceversa, se esso è stato carente o distorto, potrà accadere che il lattante veda riflessi negli occhi di sua madre non se stesso ma gli stati d'animo di lei, spesso la sua angoscia, la sua rabbia o le sue difese da queste emozioni. Il bambino svilupperà capacità percettive che gli consentiranno di predire l'umore della madre (o del caregiver) e, appena possibile, di influenzarlo: questo avverrà a scapito della sua possibilità di sognare, di scoprire e investire il suo sé in un clima di fiducia di base. Invece di poter essere se stesso, grazie alla protezione di un contesto che si adatta ai suoi bisogni e

Box 1

Resilienza (Oliverio Ferraris A.)

“Un tratto della personalità composito, in cui convergono fattori di varia natura – cognitivi, emotivi, sociali, educativi, esperienziali, maturativi – che con la loro azione congiunta mobilitano le risorse dei singoli, dei gruppi e delle comunità. In questo senso l'azione della resilienza può essere paragonata al sistema immunitario con cui il nostro organismo risponde alle aggressioni dei batteri. Di fronte agli stress e ai colpi della vita, la resilienza dà infatti luogo a risposte flessibili che si adattano alle diverse circostanze ed esigenze del momento”.

Le caratteristiche degli individui resilienti

AUTONOMIA Autostima Autoefficacia Locus of control interno Indipendenza Motivazione Speranzosità	PROBLEM SOLVING Pensiero critico Pensiero creativo Progettualità Capacità di produrre changiam.	ABILITÀ SOCIALI Responsabilità Flessibilità Empatia Abilità comunicative Senso dell'umorismo	PROPOSITI E FUTURO Chiarezza di obiettivi Successo Motivazione Aspirazioni formative Forti aspettative Tenacia Speranza Coerenza
---	--	--	---

Cenerentola, esempio di resilienza (Fortugno M., Putton A.)

“Pensiamo a Cenerentola: era orfana di madre, con un padre pressoché assente, vestita dalla matrigna e dalle sorellastre. Ha il grande vantaggio di avere una figura significativa di riferimento (la fata madrina) e tanti amici (gli animaletti); ha speranza nella vita e nelle proprie potenzialità; crede nella possibilità di cambiamento; coglie i segnali che vengono dall'ambiente; sente che per lei c'è qualcosa che potrebbe essere bello; ha un sogno, e con il sostegno di chi le vuole bene, progetta e cerca strategie per raggiungere il sogno; rispetta i limiti (la mezzanotte), ma comunque apre una possibilità; lascia (non perde) la scarpetta. Ci sono tutti gli elementi di un processo di resilienza, in cui nonostante i fattori di rischio (lutto per la perdita della madre, padre inesistente, maltrattamenti) i fattori protettivi (il temperamento personale, la figura di riferimento, la rete di sostegno, la speranza, l'audacia) riescono a produrre esiti positivi per la costruzione di un percorso di vita felice”.

lo rispecchia, il bambino saprà imparare a reagire all'ambiente, adattandosi all'umore e ai bisogni dell'altro. Il rispecchiamento mancato o carente potrà creare nel mondo interno sentimenti di vuoto che il bambino cercherà di colmare aggrappandosi concretamente ai genitori e, più avanti nella vita, a persone od oggetti esterni che diventeranno imprescindibili in quanto sostituti di qualche cosa che non si è costituito nel mondo interno.

Fattori di vulnerabilità e fattori protettivi

Il bambino si confronta in ogni fase del suo sviluppo con diversi compiti adattivi, inserito in un flusso continuo di interazioni con l'ambiente, in una relazione dinamica e reciproca. In questa prospettiva la psicopatologia viene considerata come espressione di un fallimento nella negoziazione dei compiti evolutivi, a cui

fanno seguito un disadattamento o una distorsione. Risulta quindi essenziale identificare i fattori di vulnerabilità e i fattori protettivi che interagiscono e possono influenzare lo sviluppo del bambino. Si tratta pertanto di riconoscere la costruzione evolutiva in questa costante interazione fra organismo e ambiente, fatta di adattamenti e difficoltà, di fronte a cui l'individuo cerca attivamente di trovare strategie di riorganizzazione. Quindi il comportamento dipende dai geni, dall'ambiente ma anche dalla storia adattiva individuale.

In questo ambito il concetto di età riferisce a un insieme di caratteristiche interne e ambientali che potrebbero svolgere un ruolo importante nello sviluppo dei disturbi del bambino e dell'adolescente, esercitando la loro influenza nei vari sistemi evolutivi, in quello fisiologico, affettivo, cognitivo e comportamentale-sociale. I fattori di vulnerabilità sono sia

di natura endogena che di natura ambientale, per esempio traumi o un caregiving negativo. Ciascun bambino o adolescente, in base all'influenza di fattori protettivi, di vulnerabilità, alla loro interazione, alle risorse individuali e alla resilienza (box 1), risponde in modo del tutto singolare alle proprie sfide evolutive [13].

È importante sottolineare che sia i fattori di rischio che quelli di protezione riguardano non solo il singolo individuo, ma anche i suoi contesti di vita: la famiglia, il gruppo degli amici, la scuola, la comunità, ma anche i mezzi di comunicazione, i media, internet (box 2) [14-15]. I fattori di protezione, in particolare, possono svolgere un ruolo di promozione della salute e del benessere, favorendo l'assunzione di comportamenti responsabili e costruttivi, mentre in presenza di fattori di rischio o di vulnerabilità, assumono un ruolo di moderazione sui possibili effetti del rischio. Così, per esempio, gli effetti negativi derivanti da un caregiving inadeguato o da un disagio relazionale sperimentato nell'infanzia possono essere mitigati dalle interazioni sviluppate nel corso degli anni successivi, particolarmente durante l'adolescenza. Infatti la funzione di rispecchiamento svolta da persone affettivamente significative, importante in tutte le fasi della vita, diviene di nuovo cruciale in questo periodo, quando l'identità costituita nell'infanzia è resa fragile dalle trasformazioni puberali, che possono far sentire gli adolescenti disorientati e frammentati.

Nonostante la presenza di condizioni sfavorevoli e di elementi di grave rischio, l'adolescente, grazie ai fattori di protezione e alla resilienza, può riuscire a mantenere un buon livello di adattamento psicologico e sociale.

I genitori vanno sostenuti e aiutati ad affrontare questa fase di transizione familiare particolarmente delicata per tutti i componenti della famiglia. Ancora Winnicott affermava: *"tener duro nel ruolo di sostegno, giocando sul tempo..."*, intendendo la condivisione con l'adolescente della difficile condizione di saper aspettare, con tutto ciò che questo emotivamente comporta, senza essere né interventisti, né passivi, ma ponendosi come un oggetto presente, capace di percorrere con lui, pur rispettando la sua libertà, il cammino che deve compiere, da solo, verso il mondo adulto [16].

Box 2

Fattori protettivi in adolescenza (Jessor, 1994):

- soddisfacente relazione con almeno un genitore (o con un adulto significativo),
- alto valore attribuito alla salvaguardia della salute e al conseguimento di buoni risultati scolastici,
- intolleranza alla devianza,
- coinvolgimento in attività sociali positivo,
- frequentazione di coetanei con modelli comportamentali sostanzialmente convenzionali e sotto controllo sociale,
- non sentirsi frequentemente annoiati.

Fattori di rischio in adolescenza:

- bassa autostima,
- comportamenti distruttivi,
- isolamento sociale e difficoltà a stabilire e a mantenere relazioni interpersonali positive,
- famiglia multiproblematica (maltrattamenti, esperienza di alcolismo e dipendenza, povertà, forti dissidi familiari...),
- insuccesso scolastico,
- precocità sessuale,
- frequentazione di gruppi sociali con comportamenti devianti,
- uso di sostanze,
- difficoltà di comunicazione e di controllo da parte dei genitori o degli adulti di riferimento.

L'adolescente si muove cercando un equilibrio tra diverse dimensioni: dipendenza-indipendenza, impotenza-onnipotenza, passività-aggressività, altruismo-narcisismo, femminilità-virilità. Se l'adolescente normalmente fluttua tra gli estremi di queste dimensioni, l'adolescente in crisi può essere riconosciuto dal livello di polarizzazione nelle varie aree, che può avere un effetto di "freno" nel processo evolutivo [17].

Conclusioni

Accompagnare i genitori nell'interazione affettiva con i propri figli rappresenta uno dei compiti dell'odierna Pediatria dello sviluppo e richiede l'acquisizione di competenze e tecniche di comunicazione e di ascolto di cui ogni operatore della salute dell'Area pediatrica deve munirsi. Il pdf, accogliendo la famiglia e il bimbo fin dai primi giorni di vita, può svolgere un'importante azione preventiva, instaurando una relazione empatica che consenta l'espressione di domande di aiuto. Durante i periodici controlli di salute la proposizione attiva di guide anticipatorie (promozione dell'allattamento al seno, Nati per Leggere, Nati per la Musica...) può favorire la relazione madre-bambino. L'uso di test o di schede

di valutazione (EPDS per la depressione *post partum*, chat-list per i disturbi pervasivi dello sviluppo, Elm Test per i disturbi del linguaggio) può aiutare il pediatra a far luce sui contesti affettivo-relazionali all'interno delle famiglie e sui comportamenti del bambino. Questa funzione del pdf appare ancor più importante negli ultimi anni per il frequente riscontro di situazioni familiari caratterizzate da disagio relazionale e complessità sociale: tali contesti favoriscono l'espressione di una genitorialità spesso fragile e insicura. Il pdf, attraverso l'ascolto attivo, il sostegno e la vicinanza alla famiglia, può riconoscere i punti di forza e i fattori di rischio di un determinato contesto relazionale e diventare un riferimento nell'affronto delle difficoltà connesse alle varie fasi evolutive. La nuova organizzazione dell'Area pediatrica che prevede l'attivazione di aggregazioni territoriali multiprofessionali potrebbe determinare migliori opportunità per realizzare interventi di prevenzione del disagio relazionale e di gestione del rischio psicosociale. ♦

"Nella vita non esistono soluzioni. Esistono forze in movimento: occorre crearle, e le soluzioni seguiranno" (Antoine De Saint-Exupéry, *Volo di notte*).

Gli Autori dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Bibliografia

- [1] Mazzini F. L'età invisibile. Una riflessione a partire da un'esperienza. Quaderni acp 2010;17(5):215-9.
- [2] Puleggio A. Identità di sabbia. Disturbi evolutivi nell'epoca del narcisismo. Milano: Franco Angeli, 2008.
- [3] Viner RM, Ozer EM, Denny S, et al. Adolescence and the social determinants of health. *Lancet* 2012;379:1641-52. doi:10.1016/S0140-6736(12)60149-4.
- [4] Patton GC, Coffey C, Cappa C, et al. Health of the world's adolescents: a synthesis of internationally comparable data. *Lancet* 2012;379:1665-75. doi:10.1016/S0140-6736(12)60203-7.
- [5] Catalano RF, Fagan AA, Gavin LE, et al. Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet* 2012;379:1653-64. doi:10.1016/S0140-6736(12)60238-4.
- [6] Sawyer SM, Afifi RA, Bearinger LH, et al. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* 2012;379:1630-40. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60072-5.
- [7] Cappa C, Wardlaw T, Langevi-Falcon C, Diers J. Progress for children: a report card on adolescents. *Lancet* 2012;379:2323-5. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60531-5.
- [8] Blum R, Bastos FI, Kabiru CW, Le LC. Adolescent health in 21st century. *Lancet* 2012;379:1567-8. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60407-3.
- [9] Putting adolescents at the centre of health and development. Editoriale. *Lancet* 2012;379:1561. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60536-4.
- [10] Tamburini G. Adolescenti: richiamo all'azione. *Medico e Bambino* 2012;31(6):394.
- [11] Progetto Prisma (Progetto Italiano Salute Mentale). IRCCS Eugenio Medea, Bosisio Parini (Lecce). www.giulemanidaibambini.org/doc/prisma.pdf.
- [12] Rapporto ESPAD 2011. Consiglio Nazionale delle Ricerche di Pisa. www.espad.org
- [13] Oliverio Ferraris A. La forza d'animo. Milano: Rizzoli, 2003.
- [14] Putton A, Fortugno M. Affrontare la vita. Che cos'è la resilienza e come affrontarla. Roma: Carocci Faber, 2006.
- [15] Bonino S, Cattellino E (a cura di). La prevenzione in adolescenza. Percorsi psicoeducativi di intervento sui rischi e la salute. Trento: Edizioni Erickson, 2008.
- [16] Winnicott DW. The Maturation Processes and the Facilitating Environment; Studies in the Theory of Emotional Development. London: Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis, 1965.
- [17] Ammaniti M (a cura di). Manuale di psicopatologia dell'adolescenza. Milano: Raffaello Cortina editore, 2002.

Per approfondire

- Benassayag M, Schmit G. L'epoca delle passioni tristi. Milano: Universale Economica Feltrinelli, 2004.
- Bettelheim B. Un genitore quasi perfetto. Milano: Universale Economica Feltrinelli, 1998.
- Goleman D. Intelligenza emotiva. Milano: Rizzoli BUR, 1999.
- Jeammet P. Adulti senza riserva. Quel che aiuta un adolescente. Milano: Raffaello Cortina editore, 2009.
- Pelanda E. Non lo riconosco più. Genitori e adolescenti: un'alleanza possibile. Milano: Franco Angeli, 2010.
- Pietropolli Charmet G. Fragile e spavaldo. Ritratto dell'adolescente di oggi. Bari: Laterza, 2009.

FAD: istruzioni per l'uso

Il corso prevede l'erogazione di 6 moduli cadenzati bimestralmente nell'anno di erogazione (1/2/2013 - 31/01/2014) e, a conclusione del percorso formativo, consentirà l'acquisizione di 18 crediti ECM. Per l'ottenimento dei crediti sarà necessario rispondere correttamente ad almeno il 75% del totale dei quiz di verifica dell'apprendimento proposti a conclusione di ciascun modulo.

Per partecipare al corso ECM, il discente si dovrà registrare alla piattaforma FAD dell'Accademia Nazionale di Medicina (<http://fad.accmed.org>).

All'atto della registrazione sceglierà la propria username e password e dovrà acconsentire al trattamento dei dati personali ai fini dell'attribuzione dei crediti ECM. Per confermare la registrazione sarà necessario seguire le indicazioni che verranno spedite in automatico all'indirizzo di posta elettronica fornito al momento della registrazione.

Successivamente alla registrazione, il discente si iscriverà al corso disponibile nel piano formativo della piattaforma FAD. Per effettuare tale operazione sarà sufficiente inserire, al primo accesso al corso, il codice univoco rilasciato dalla Segreteria ACP. Accessi al corso successivi al primo, richiederanno solo l'inserimento della propria username e password.

Raggiunta o superata la soglia minima di risposte corrette ai quiz di verifica dell'apprendimento, il discente dovrà compilare obbligatoriamente la "Scheda di valutazione dell'evento FAD" per ottenere l'attribuzione dei crediti ECM.

GRAZIE AI NOSTRI REVISORI

Senza l'aiuto determinante dei revisori nessuna rivista potrebbe essere utile a chi la legge. Questi sono stati i nostri nel 2012 e li ringraziamo affettuosamente:

Augusto Biasini, Roberto Buzzetti, Stefano Martellosi, Efrem Marri, Giacomo Toffol, Giuseppe Magazzù, Giuseppe Cirillo, Maurizio Bonati, Gherardo Rapisardi, Massimo Fontana, Massimo Farneti, Francesco Ciotti, Chiara Guidoni, Daniele Gironi, Arturo Alberti, Patrizia Rogari, Sergio Amarri, Giorgio Tamburini, Fabrizio Fusco.

PREMIO "PASQUALE CAUSA" PER I PEDIATRI

Invitiamo a partecipare

La sezione del Premio "Nati per Leggere" dedicata a *Pasquale Causa* – pediatra di libera scelta che ha contribuito in maniera determinante alla diffusione di "Nati per Leggere" – segnala il pediatra che, aderendo al Progetto NpL, promuova, presso genitori e famiglie, la pratica della lettura ad alta voce ai bambini in età prescolare nel modo più efficace.

Le domande di partecipazione e la documentazione da presentare dovranno pervenire in versione elettronica entro e non oltre il 31 gennaio 2013 a npl-premio@aib.it.

Allo stesso indirizzo e al numero 011 51 84 262, interno 954, potranno essere richiesti informazioni e l'invio del materiale necessario alla partecipazione.

Il premio per i vincitori consiste in libri nell'edizione speciale "Nati per Leggere", per una somma pari a 2000 euro.